

**SYNTHESE NATIONALE
DES BILANS ANNUELS D'ACTIVITES
DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS
NOSOCOMIALES**

DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ANNEE 2001

présentée au C.T.I.N. le 17 décembre 2003

Ce rapport comprend une analyse succincte de quelques phénomènes qui sont apparus comme pouvant servir à l'amélioration de la diffusion des activités de lutte contre les infections nosocomiales au sein des établissements de santé. Compte tenu de la fiabilité relative de ces données déclaratives, il convient d'être prudent sur les conclusions que l'on peut en tirer.

C'est pourquoi, cette analyse propose des pistes de réflexion et ne doit pas être comprise comme un diagnostic exhaustif de la situation.

L'annexe du rapport présente l'ensemble des résultats extraits du fichier national par le module automatisé de synthèse.

Dr Philippe GARNIER – DGS/SD5C

18 novembre 2003

ANALYSE DES BILANS STANDARDISES 2001 DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'exploitation des bilans de l'année 2000 avait permis de mettre l'accent sur un certain nombre de problèmes, parmi lesquels :

- ♣ un facteur régional dans le taux d'exhaustivité des réponses, indépendant des établissements ;
- ♣ des erreurs et incohérences liées à la formulation des questions ;
- ♣ des difficultés à la saisie informatique quant le personnel ne connaît pas EPI-INFO (l'immense majorité) ;
- ♣ des types d'établissements ayant un taux de réponse ou un niveau d'activités nettement inférieur à la moyenne : établissements de moins de 100 lits, psychiatriques, SSR-SLD¹ ;
- ♣ un secteur d'activités qui apparaissait également avec un niveau d'activités plus faible : l'obstétrique.

Avant la mise en route du recueil des bilans 2001, un certain nombre de modifications ont été apportées dans l'organisation du recueil des bilans afin de rectifier les 3 premiers problèmes cités ci-dessus. Les deux derniers problèmes (type d'établissements ou secteurs d'activités) devaient attendre une confirmation en 2001 avant d'en tirer des conclusions.

I - MOYENS ET METHODES :

1 - Organisation du recueil des bilans :

Le facteur régional signalé par l'analyse des données 2000 était améliorable par une meilleure coordination et la mise en place d'un suivi des établissements.

Actions :

Pour améliorer ces fonctions, l'administration centrale a d'une part demandé à chaque DRASS de désigner un correspondant régional chargé des Infections Nosocomiales (I.N.) en général et du bilan des établissements en particulier et, d'autre part, dégager un 3/4 ETP à la Cellule Infections Nosocomiales (I.N.) DGS/DHOS pour s'occuper exclusivement des bilans d'activités. Les 22 coordinateurs régionaux ont été réunis le 14 mai 2002 avant l'envoi des documents pour le recueil des bilans 2001.

Résultats :

Le nombre d'établissements dont le bilan a pu être exploité par la cellule IN est passé de 1 789 à 2 121, soit une augmentation de 18,6 % correspondant à une augmentation de 21 % en terme de lits et places représentés.

¹ SSR / Soins de Suite et de Réadaptation
SLD : Soins de Longue Durée

Toutes les régions et tous les départements ont adressé un fichier régional (3 régions et un département absents du bilan national 2000) représentant entre 56,5 % et 100 % des établissements (de 78 à 100 % des lits et places). Cette augmentation n'est pas uniquement due à l'ajout des régions et départements absents en 2000 : les régions qui étaient incluses dans le bilan national 2000 augmentent de 10 % en moyenne leur taux d'exhaustivité.

Le recensement des établissements non-répondants est encore incomplet dans un certain nombre de régions.

2 - L'amélioration des outils de saisie des données :

Les modifications apportées pour les bilans 2001 portent sur le questionnaire lui-même et sur l'outil informatisé de saisie des données par les établissements.

2 - 1 - Amélioration du questionnaire :

Le questionnaire a subi les modifications suivantes :

- ♣ suppression des questions n'étant pas exploitées ou exploitables : nombre de services sauf pour la chirurgie et l'obstétrique, spécialité du président du CLIN, validation des 25 protocoles listés de prévention des risques infectieux, nombre de patients concernés par les enquêtes de prévalence et d'incidence ;
- ♣ précision de notions mal définies : nombre de lits et places par spécialités, type d'organisation des Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH), nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP) par catégorie de personnels, nombre d'ETP budgétés et non occupés, avis des instances sur le programme d'action et le rapport d'activités, protocoles sur les antibiotiques, Accidents d'Exposition au Sang (AES), surveillance de l'eau et de l'air, formation sur les I.N ;
- ♣ ajout de questions sur l'existence de certains éléments (CLIN, Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM), livret d'accueil, laboratoire de microbiologie, secteurs avec air traité) dont la méconnaissance rendait difficile l'interprétation des réponses.

Une nouvelle présentation du questionnaire en format italien avec une colonne de commentaires en face des questions a permis en outre de donner des instructions de remplissage visant à faciliter la compréhension des questions.

2 - 2 - Modifications du masque de saisie par les établissements :

Tout en gardant EPI-INFO comme support, le questionnaire informatique a été conçu de manière à pouvoir être utilisé par des personnes ne connaissant pas ce logiciel.

Pour cela, le programme ENTER a été abandonné et remplacé par le programme ANALYSIS et ses possibilités interactives : questions défilant à l'écran les unes après les autres permettant l'ajout de commentaires, tests de cohérence des réponses en cours de saisie, création de variables intermédiaires. Le programme CHECK de contrôle des réponses a été remplacé par des tests permettant les sauts conditionnels et des "picklist" de réponses obligatoires et prédéterminées.

Enfin, le programme de saisie propose quatre options assurant l'ensemble des opérations nécessaires :

- ♣ la première saisie du bilan telle que décrite ci-dessus ;
- ♣ l'impression des réponses pour vérification ;
- ♣ la correction des erreurs ;
- ♣ la sauvegarde automatique sur disquette pour envoi à la DDASS.

2 - 3 - Résultats :

Pour améliorer la fiabilité des données 2000, un programme de vérification avait été fourni aux DDASS afin de détecter les erreurs les plus grossières. Ce travail de validation avait été long et fastidieux et ses résultats très inégaux selon les départements.

Pour les bilans 2001, la nouvelle présentation du questionnaire informatique a permis d'enregistrer des améliorations notables quant à la qualité des données :

- ♣ la disparition des non-réponses dans les bilans saisis (en 2000, les taux de non-réponses pouvaient atteindre jusqu'à 40% pour certaines questions)
- ♣ la validation des données étant intégrée à la saisie du bilan par les établissements, les résultats sont beaucoup plus homogènes et le nombre d'erreurs a été considérablement réduit.

Il demeure quelques erreurs répétitives :

- ♣ la confusion entre les notions de lits et de places d'hospitalisations, que l'on retrouve essentiellement dans les établissements monovalents : obstétrique et surtout SSR-SLD et psychiatrie ;
- ♣ l'intégration des lits de maison de retraite et de cure médicale dans la catégorie "Autres" ;
- ♣ une difficulté à différencier les ETP budgétés des ETP affectés à l'établissement, ainsi que l'intégration des ETP non occupés dans les ETP affectés à l'établissement ;
- ♣ une certaine confusion entre le programme de maîtrise de la diffusion des BMR et la surveillance des BMR à partir du laboratoire de microbiologie

Un certain nombre de problèmes informatiques ont cependant compliqué le travail des établissements :

- ♣ l'option "Impression des réponses" envoyait directement le fichier à imprimer sur l'imprimante. Or de nombreuses imprimantes ne sont pas reconnues par EPI-INFO qui bloquait l'ordinateur. Une sortie sauvage de ce blocage vers WINDOWS ne fermant pas les fichiers sous DOS provoquait un blocage total du logiciel si l'ordinateur n'avait pas été relancé entre temps. Ceci a été corrigé pour les bilans 2002 en créant un fichier TXT lisible par un logiciel de traitement de texte avant impression.
- ♣ certaines versions de WINDOWS n'acceptent pas l'option "Plein écran" des programmes DOS (Il suffit de modifier cette option dans les propriétés de l'icône).

- ♣ certaines versions de WINDOWS n'installent pas automatiquement l'icône sur le bureau.
- ♣ certains établissements interdisent l'utilisation de fichiers exécutables (formes sous laquelle est envoyé le programme de saisie pour une décompression automatique, même en l'absence du logiciel de décompression, et un adressage compatible avec les commandes du programme de saisie)
- ♣ certains établissements interdisent la sauvegarde de données sur le disque C (où est implanté automatiquement le programme de saisie et où sont sauvegardés les fichiers de saisie), d'autres ont supprimé les lecteurs de disquette.

Tous ces problèmes ont été résolus pour les bilans 2002 en cours de recueil, en modifiant le programme de saisie, en complétant son mode d'emploi par un chapitre sur la résolution de certains problèmes et par la mise à disposition des établissements d'une assistance téléphonique.

3 - Le retour d'information :

Tout recueil de données, pour se pérenniser, doit nécessairement organiser un retour d'information auprès des personnes chargées de les recueillir. Le bilan des activités de lutte contre les I.N. ne fait pas exception.

La cellule IN DGS/DHOS a élaboré un module automatisé de synthèse régionale à destination des correspondants régionaux. Il permet d'éditer en 30 secondes environ 30 tableaux et plus de 150 variables composées à partir de la base de données régionale.

A partir de cette synthèse automatisée, les correspondants régionaux ont élaboré un rapport régional. De nombreuses régions ont adressé ce rapport aux établissements lors de l'envoi des documents pour les bilans 2002.

4 - Synthèse des améliorations organisationnelles :

L'action entreprise dès l'année 2000 et les constats dressés dans l'analyse des bilans 2000, sur les insuffisances en terme de moyens et d'outils, ont permis d'inverser la tendance décroissante du taux d'établissements qui adressent leur bilan d'activités. Alors que ces taux avaient baissé de 56 à 44 % entre 1997 et 1999, ils sont remontés à 63 % en 2000 et 75 % en 2001.

L'amélioration des outils et une plus grande implication des correspondants régionaux a permis également d'améliorer très sensiblement la fiabilité des données recueillies.

Ces résultats sont inégaux d'une région à l'autre et les outils mis à la disposition des établissements et des DDASS/DRASS sont encore perfectibles.

Le retour d'informations vers les établissements, en se généralisant par l'envoi d'un rapport annuel mettant en lumière les forces et les faiblesses dans la mise en place des activités de lutte contre les I.N., devrait contribuer à une plus grande sensibilisation des établissements à l'intérêt de cet outil d'auto-évaluation.

En 2003, pour les bilans 2002, l'initiative du C-CLIN sud-ouest, de mettre en ligne sur son site internet les différents fichiers utilisables par les établissements, a permis de faciliter grandement l'assistance aux établissements (dont de nombreuses difficultés liées à des problèmes de transmission administrative des documents et supports informatiques).

Après la mise en place des relais nécessaires au niveau central et régional du ministère en charge de la santé, une coopération plus étroite de ceux-ci avec les C-CLIN devrait permettre à l'avenir d'améliorer encore l'exhaustivité des réponses d'une part et, d'autre part, la fiabilité des données recueillies.

L'initiative du C-CLIN Sud-ouest pourrait se généraliser et il pourrait être mis à la disposition des C-CLIN le module automatisé de synthèse régionale (utilisable au niveau inter régional) dès le prochain exercice.

II - SYNTHÈSE DES BILANS 2001 :

L'annexe au présent rapport contient les résultats bruts issus du module automatisé de synthèse mis au point pour les régions et adapté pour la synthèse nationale. Le présent chapitre ne commente pas tous les résultats, mais analyse certains points particuliers qui ont déjà été observés dans l'analyse des bilans de l'année 2000.

1 - MÉTHODE :

Dans les analyses qui suivent, la faiblesse de la fiabilité des données recueillies sur un mode déclaratif a été prise en compte. Il n'est retenu que des phénomènes confirmés par la répétition de différences notables avec la moyenne des établissements sur un groupe d'items qui sont choisis comme des traceurs de l'activité des établissements. Les 9 traceurs retenus pour cette analyse sont les suivants :

1 - Critères d'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales :

- ♣ existence d'un CLIN ;
- ♣ % de CLIN se réunissant au moins 3 fois par an ;
- ♣ existence d'un programme d'action ;

2 - Critères de moyens de lutte contre les infections nosocomiales :

- ♣ existence d'une EOH ;
- ♣ existence de correspondants d'hygiène ;

3 - Critères de procédures avec l'existence des protocoles suivants :

Il a été retenu les deux protocoles les mieux diffusés et les deux protocoles les moins fréquents :

- ♣ hygiène des mains ;
- ♣ élimination des déchets ;

- ♣ escarres ;
- ♣ antibiothérapie.

En ce qui concerne le secteur de l'obstétrique, d'autres critères seront retenus : ceux qui ont trait à l'activité chirurgicale (voir ci-dessous).

Le seul test statistique utilisé est le χ^2 , test suffisamment robuste pour supporter une fiabilité moyenne des données, dont le seuil de signification retenu est de 10^{-3} ($\alpha > 10,83$).

Il serait illusoire et dangereux de procéder à des analyses très fines de ces données et il ne peut être dégagé que de grandes tendances.

2 - RÉSULTATS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS :

2.1 - Interaction entre le statut et la taille des établissements :

Le tableau n°2 de l'annexe montre une différence notable du taux de réponse des établissements selon que leur statut est privé (66,8 %), PSPH (78,8 %) ou public (82,3 %).

Le tableau n° 4 de l'annexe montre des taux de réponse proportionnels à la taille des établissements et variant de 65,4 % pour les établissements de moins de 100 lits à 95,3 % pour les établissements de plus de 800 lits.

Cependant, le pourcentage de petits établissements (moins de 100 lits) varie selon le statut des établissements :

- ♣ 67,3 % pour le secteur privé ;
- ♣ 55,2 % pour le secteur PSPH ;
- ♣ 34,1 % pour le secteur public.

Après appariement sur la taille des établissements, les taux de réponse restent significativement différents. Si les petits établissements ont un taux de réponse relativement homogène quelque soit le secteur (non significatif), dans les établissements de plus de 100 lits le secteur privé a un taux de réponse (77,2 %) nettement inférieur aux secteurs PSPH (88,7%) et public (90,5 %).

De même après appariement sur le statut de l' établissement, les taux de réponse reste significativement différents selon la taille de l' établissement.

Ce seul élément ne suffit pas à conclure à un déficit d'activités du secteur privé et des petits établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales. Il nous faut rechercher une confirmation avec l' analyse des items retenus.

Les analyses suivantes sont réalisées sur l'échantillon des établissements ayant adressé leur bilan d'activités.

2.2 - Résultats selon le statut de l'établissement :

Le tableau I décrit les taux de réalisation des 9 items retenus.

Tableau I : Résultats des établissements selon le secteur

	Public	PSPH	Privé	Total
CLIN	87,6	90,4	97,1	91,9
3 réun. CLIN	57,5	64,5	69,5	63,7
Pr. d'action	72,7	74,8	78,1	75,2
EOH	67,1	48,9	44,2	54,5
Cor. hygiène	76,3	65,0	63,7	69,1
Protocole hyg. mains	92,1	90,4	95,0	92,9
Protocole élim. déchets	75,2	73,3	83,6	78,2
Protocole escarres	51,5	41,1	38,7	44,4
Protocole antibiothérapie	30,0	22,7	35,9	27,0

Il n'y a pas de déficit systématique selon les secteurs et les taux les plus bas (en gras) se répartissent équitablement entre eux. Cependant, nous pouvons remarquer que le secteur public est plutôt moins performant pour les critères d'organisation, le secteur PSPH dans la définition des protocoles et le secteur privé pour les critères de moyens.

Cependant, il existe de nombreuses variables de confusion qui ne permettent pas de tirer de conclusion quant à l'influence du statut des établissements sur leur implication dans la lutte contre les infections nosocomiales (ex : dans le secteur privé, le taux de réponse varie selon la région de 46,9% en Poitou-Charentes à 96,0 % en Picardie).

2.3 - Résultats selon la taille de l'établissement :

Le tableau II décrit les taux de réalisation des 9 items retenus dans les établissements ayant adressés leur bilan (2 121).

Tableau II : Résultats des établissements selon la taille

	< 100 lits	≥ 100 lits	∑
CLIN	86,1	96,8	86,7
3 réun. CLIN	48,7	76,2	184,0
Pr. d'action	64,2	84,4	117,7
EOH	36,1	69,1	218,9
Cor. hygiène	58,9	77,7	92,8
Protocole hyg. mains	89,9	95,4	34,7
Protocole élim. déchets	74,2	82,5	21,9
Protocole escarres	40,7	47,8	10,6
Protocole antibiothérapie	18,8	34,4	63,3

Les établissements de moins de 100 lits ont des résultats systématiquement inférieurs aux établissements de 100 lits et plus. Il est raisonnable de conclure que la taille de l'établissement est un facteur de difficultés dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Les établissements de moins de 100 lits et places représentent :

- ♣ 45,5 % des établissements ;
- ♣ 12,0 % du nombre de lits et places ;
- ♣ 8,4 % des ETP de personnels dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales ;

soit un ratio pour 1 000 lits et places de 1,71 ETP pour une moyenne générale de 2,46 ETP (2,55 pour les établissements de plus de 100 lits).

Il faut noter que, parmi les établissements disposant de personnels dédiés à la Lutte contre les IN, 48,6 % des établissements de moins de 100 lits disposent de personnels dans le cadre d'une EOH partagée avec d'autres établissements alors qu'ils ne sont que 42.7 % parmi les établissements de plus de 100 lits (y compris les établissements qui partagent leurs personnels avec les petits établissements). On peut supposer que sans cette collaboration, les petits établissements développeraient encore moins d'activités.

La voie de la coopération inter établissements est certainement une voie à encourager afin de permettre aux petits établissements de développer leurs activités de lutte contre les infections nosocomiales.

2.4 - Résultats selon le type de l'établissement :

En 2000, les établissements psychiatriques et les établissements SSR-SLD présentaient des taux d'activités inférieurs aux autres établissements. En 2001, cela ne se vérifie pas pour les établissements psychiatriques, mais le problème des établissements SSR-SLD est largement confirmé.

Tableau III : Résultats des établissements psychiatriques

	Ets PSY	Autres	÷²
Nombre d'établissements	195	1926	
Taux de réponse	74.8	74.6	NS
CLIN	95.4	90.9	NS
3 réun. CLIN	51.3	54.4	NS
Pr. d'action	77.4	75.0	NS
EOH	70.3	63.0	NS
Cor. hygiène	66.2	69.4	NS
Protocole hyg. mains	90.8	93.1	NS
Protocole élim. déchets	83.6	77.7	NS
Protocole escarres	29.7	45.9	18.7
Protocole antibiothérapie	19.0	27.8	NS

Le pourcentage d'établissements de moins de 100 lits n'est pas significativement différent entre les établissements psychiatriques et les autres établissements.

Tableau IV : Résultats des établissements SSR-SLD

	Ets SSR-SLD	Autres	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d'établissements	509	1612		
Taux de réponse	63.5	79.1	74.0	36.5
CLIN	87.6	93.3	16.8	NS
3 réün. CLIN	53.4	66.9	30.5	30.2
Programme d'action	66.4	78.0	28.1	NS
EOH	38.3	59.1	67.1	29.7
Cor. hygiène	58.9	72.3	32.5	13.8
Protocole hyg. mains	89.2	94.1	14.2	NS
Protocole élim. déchets	70.5	80.6	23.2	13.1
Protocole escarres	41.7	45.3	NS	NS
Protocole antibiothérapie	18.7	29.7	23.7	11.9

Le pourcentage d'établissements privés n'est pas significativement différent entre les établissements SSR-SLD (40,7 %) et les établissements d'autres types (40.0 %).

Le pourcentage d'établissements de moins de 100 lits est significativement différent entre les établissements SSR-SLD (69,7 %) et les établissements d'autres types (45,0 %). Cependant, après ajustement sur la taille des établissements, les établissements SSR-SLD présentent un taux d'activités inférieur aux autres établissements dans la majorité des items.

Toutefois, parmi les établissements SSR-SLD, il serait nécessaire de distinguer les établissements d'accueil de malades chroniques et les établissements de médecine physique et de réadaptation. Leurs recrutements sont fondamentalement différents et ils ne présentent pas les mêmes risques d'infections nosocomiales.

Malgré tout, il paraît nécessaire de développer une politique volontariste de soutien aux établissements SSR-SLD pour combler ce déséquilibre dans les activités de lutte contre les infections nosocomiales.

2.5 - Résultats selon l'activité chirurgicale de l'établissement :

En 2000, il avait été observé que les établissements ayant une activité obstétricale sans autres activités chirurgicales avaient, de façon très significative, moins souvent de protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale que les établissements ayant de la chirurgie avec ou sans obstétrique.

En 2001, ce résultat se confirme sur l'ensemble des activités de lutte contre les infections nosocomiales en rapport avec la chirurgie.

Nous n'avons pas observé de différences de résultats entre les établissements ayant de la chirurgie selon qu'ils aient de l'obstétrique ou non. Pour cette raison, ils ont été regroupés dans le tableau V suivant.

Tableau V : Résultats des établissements ayant une activité chirurgicale

	Ets avec obst. ss chir.	Ets avec chir +/- obst.	\bar{x}^2	\bar{x}^2 ajusté / taille	\bar{x}^2 ajusté / statut
Nombre d'établissements	33	960			
Prot antibioprofylaxie	48.5	81.8	22.7	19,6	18,0
Prot. préparation des opérés	52.6	86.0	20.3	17,4	16,0
Progr. surv. diff. des BMR	51.5	74.4	NS	NS	12,3
Sur. postes lav. mains	57.6	89.5	31.7	28,9	22,7
Sur. Traitement de l'air	51.5	76.8	11.1	NS	NS
Protocoles AES	87.9	92.8	NS	NS	NS

Le nombre d'établissements concerné est faible (33) ce qui explique que des écarts très importants soient statistiquement non significatifs.

Après ajustement sur la taille des établissements ou sur leur statut, les résultats ne sont pas fondamentalement modifiés : ils confirment que les établissements pratiquant l'obstétrique sans pratiquer la chirurgie ont tendance à avoir des résultats plus faibles que les autres établissements chirurgicaux.

Nous ne savons pas si ce type d'établissement est appelé à se développer (politique de restructuration ayant tendance à séparer les deux activités pour confier l'obstétrique au secteur public et la chirurgie au secteur privé) ou à diminuer (politique de fermeture des petites maternités). De fait nous pouvons observer dans le tableau VI que la chirurgie sans obstétrique est majoritairement dans le secteur privé et que l'obstétrique sans chirurgie est majoritairement dans le secteur public :

Tableau VI : Distribution des établissements par statut et activités chirurgicales

	Ets avec obst. ss chir.	Ets avec chir. ss obst.	Ets avec chir + obst.
Secteur privé	27,3	73,7	31,6
Secteur PSPH	15,2	15,3	5,4
Secteur public	57,6	11	63,0
Nombre d'établissements	33	419	541

L'explication de ces résultats peut être de deux ordres :

- ♣ c'est un effet pervers de l'isolement de l'obstétrique qui n'est pas stimulée par la présence d'autres services chirurgicaux ;
- ♣ ces résultats sur les établissements avec de l'obstétrique isolée constituent un traceur de la mauvaise compliance plus générale des services d'obstétrique par rapport aux services chirurgicaux, vis à vis des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Cette dernière hypothèse ne peut pas être étudiée avec les données contenues dans le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales. En effet, quand un établissement déclare un protocole ou une activité, il n'est pas possible de savoir si ce protocole s'applique à tous les services de l'établissement ou à certains d'entre eux.

Pour cela, il serait nécessaire de proposer une étude sur un échantillon d'établissements permettant de mesurer les activités propres de chaque spécialité. En tout état de cause, les résultats actuels sont suffisamment concordants pour qu'une action soit menée en direction des services d'obstétrique.

3 - MOYENS ET OUTILS DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

3.1 - Les moyens en personnels :

La circulaire du 29/12/2000 fixait, à une échéance de 3 ans, les objectifs suivants de personnels dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales :

- ♣ 1 ETP d'IDE ou cadre infirmier pour 400 lits :
- ♣ 1 ETP de médecin ou pharmacien pour 800 lits.

L'estimation des effectifs, calculés par circonscription régionale, par rapport à ces objectifs s'établit ainsi en décembre 2001 (soit 2 ans avant l'échéance prévue) :

1. Pour le secteur public et PSPH :

- 628.70 ETP d'IDE pour un objectif de 951.07 ETP, soit 66 % de l'objectif au niveau national.
- 252.30 ETP de médecins/pharmaciens pour un objectif de 475.53 ETP, soit 53 % de l'objectif national.

2. Pour le secteur privé :

- 102.30 ETP d'IDE pour un objectif de 206.86 ETP, soit 49 % de l'objectif national.
- 49.80 ETP de médecins/pharmaciens pour un objectif de 103.43 ETP, soit 48 % de l'objectif national.

Au total, le déficit s'établirait à 377 ETP d'IDE et 277 ETP de médecins ou pharmaciens.

NB 1 : Ces résultats ont été calculés région par région. Ce mode de calcul induit des complémentarités qui n'existent pas réellement. Il est probable que les besoins totaux, en chiffres absolus, seraient supérieurs si les calculs étaient faits par communauté d'établissements.

NB 2 : Dans le secteur public, les postes non occupés représentent 7,6 % des ETP d'IDE budgétés et 10,0 % des ETP de médecins - pharmaciens budgétés (dans le secteur privé, la budgétisation des postes ne suit pas les mêmes règles et le calcul des postes non occupés n'a pas grande signification). Cela peut résulter d'une pénurie générale de personnels, ces pourcentages n'étant pas très éloignés des moyennes observées globalement, toutes spécialités confondues.

Ces résultats, très en dessous des objectifs proposés, peuvent avoir deux explications :

- ♣ les établissements et leurs tutelles ne font pas une priorité de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- ♣ les objectifs proposés sont très au-dessus soit des besoins réels, soit des possibilités de recrutement.

NB 3 : Au cours de l'année 2002, dans le secteur public-PSPH, il a été créé 120,4 ETP d'EOH dont 57,2 ETP de médecins-pharmaciens (25,6 % du déficit) et 27,9 ETP d'IDE (soit 8,7 % du déficit)²

3.2 - La diffusion des protocoles :

Parmi les protocoles enquêtés, 5 d' entre eux ont une large diffusion :

- ♣ hygiène des mains : 92.9 %
- ♣ entretiens des locaux : 87.5 %
- ♣ préparation des opérés : 84.7 %
- ♣ traitement des D.M. : 80,3 %
- ♣ élimination des déchets : 78.2 %

Cinq protocoles paraissent encore très insuffisamment développés :

- ♣ antibiothérapie : 27.0 %
- ♣ escarres : 44.4 %
- ♣ antiseptiques : 49.6 %
- ♣ pansements : 51.3 %
- ♣ désinfectants 53.2 %

La très faible diffusion des protocoles sur l' antibiothérapie est particulièrement inquiétante.

4 - LES OBJECTIFS 2005 DÉFINIS PAR LE C.T.I.N. :

Les différents objectifs ont été fixés à 75 % de réalisation d' ici 2005.

4.1 - Enquête d'incidence sur les I.S.O. :

L' échantillon national comprend 993 établissements ayant une activité chirurgicale ou/et obstétricale développée dans 4 342 services.

Parmi ces établissements, 420 (42.3 %) ont réalisé une enquête d' incidence sur les infections du site opératoire (ISO) représentant 2231 services de chirurgie ou d'obstétrique (51.4 %).

Parmi ces services 1 103 ont participé à cette enquête, soit 49,4 % des services de chirurgie ou d'obstétrique des établissements ayant organisé cette enquête.

² Données DHOS/ARHs

Au total, 25.4 % de l'ensemble des services de chirurgie et d'obstétrique ont participé à une enquête d'incidence sur les ISO.

4.2 - Audit des bonnes pratiques :

529 établissements (24,9 %) ont réalisé un audit des bonnes pratiques au cours de l'année 2001, avec ou sans une autre forme d'évaluation.

4.3 - Objectifs de la L.I.N. dans le livret d'accueil :

1 875 établissements ont édités un livret d'accueil (88,4 %).

Parmi eux, 1045 (55.7 %) présentent leur stratégie de LIN dans ce livret d'accueil conformément à l'article R711-1-10 du CSP.

Au total, 49.3 % des établissements informent les patients sur les objectifs de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

4.4 - Définition d'un programme de bon usage des antibiotiques :

Le bilan standardisé ne prévoit pas de questions spécifiques sur ce sujet. par ailleurs, le contenu d'un tel programme n'est pas explicitement défini. Nous nous référerons aux éléments contenus dans le bilan standardisé relatifs aux antibiotiques.

- ♣ 27 % des établissements ont un protocole sur l'antibiothérapie de première intention ;
- ♣ 80.4 % des établissements chirurgicaux ont un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale ;
- ♣ 36.3 % des établissements ont un Comité du médicament qui collabore à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques.

En ce qui concerne ce dernier point, il faut rappeler que le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2002 fixe au 31-12-2001 l'échéance pour la création du Comité du médicament. Ce n'est que dans le bilan de l'année 2002 que nous pourrons avoir une idée réelle de son taux de réalisation. Il faut cependant noter que près du tiers des établissements ne dispose pas de Comité du médicament. Quand il existe, le Comité du médicament collabore à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques dans 53.5 % des établissements alors que 96.9 % des Comités sont membres du CLIN.

L'influence des Comités du médicament est réelle : quand il existe 33,7 % des établissements ont un protocole sur l'antibiothérapie contre 12,9 % quand il n'existe pas de Comité du médicament.

III - SYNTHÈSE GÉNÉRALE :

L'exhaustivité des réponses des établissements a été très sensiblement augmentée en 2001 par rapport à 2000 (+ 18,6 % des établissements).

L'analyse des taux d'activités de lutte contre les infections nosocomiales doit être prudente. Le caractère déclaratif des informations recueillies et la maîtrise imparfaite de certaines questions par les établissements ne permettent pas de garantir une bonne fiabilité des données. Leur analyse s'est limitée à la recherche de phénomènes confirmés par la répétition de différences notables avec la moyenne des établissements sur la base de neuf critères considérés comme des traceurs des différents aspects de la lutte contre les infections nosocomiales. Sur cette base, les enseignements suivants peuvent être tirés des bilans de l'année 2001 :

- Les établissements de moins de 100 lits ont des résultats systématiquement inférieurs aux établissements de 100 lits et plus. La faiblesse de leurs moyens en personnels peut expliquer ces résultats et la coopération inter établissements est une voie à privilégier pour améliorer le taux d'activités de ces établissements.
- Après ajustement sur la taille des établissements, les établissements SSR-SLD présentent un taux d'activités globalement inférieur aux autres établissements. Il serait nécessaire de distinguer les établissements d'accueil de malades chroniques et les établissements de médecine physique et de réadaptation. Leurs clientèles sont fondamentalement différentes et ne présentent pas les mêmes risques d'infections nosocomiales.
- Sur l'ensemble des activités de lutte contre les infections nosocomiales en rapport avec la chirurgie, les établissements ayant une activité obstétricale sans autres activités chirurgicales ont de moins bons résultats que les établissements ayant de la chirurgie avec ou sans obstétrique. Étant donné le faible nombre de ces établissements, il peut s'agir d'un phénomène marginal à moins que ce phénomène ne soit un traceur d'une faiblesse plus générale du secteur gynéco-obstétrical dans la lutte contre les infections nosocomiales.

L'estimation des moyens en personnels dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales montre, deux ans avant le terme fixé au 31-12-2003, un déficit de 38 % par rapport aux objectifs fixés par la circulaire du 29/12/2000. Cela peut indiquer que la lutte contre les infections nosocomiales est une priorité faible des ARH et des établissements. Il faut envisager également que ces objectifs puissent être surévalués par rapport aux besoins réels. Une étude analytique des besoins serait nécessaire pour actualiser les objectifs fixés en 2000 en tenant compte des évolutions intervenues entre temps.

La diffusion des protocoles est très inégale. On peut s'étonner que des protocoles aussi basiques pour la lutte contre les infections locales que ceux relatifs aux escarres et aux pansements, aux antiseptiques et aux désinfectants, n'existent pas dans la moitié des établissements.

Les objectifs 2005³ définis par le CTIN sont très loin du taux de 75 %

- 25.4 % de l'ensemble des services de chirurgie et d'obstétrique ont participé à une enquête d'incidence sur les ISO ;
- 24,9 % ont réalisé un audit des bonnes pratiques au cours de l'année 2001, avec ou sans une autre forme d'évaluation ;
- 49,3 % des établissements présentent leur stratégie de LIN dans un livret d'accueil ;

En ce qui concerne le bon usage des antibiotiques :

- ♣ 27 % des établissements ont un protocole sur l'antibiothérapie de première intention ;
- ♣ 80.4 % des établissements chirurgicaux ont un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale ;
- ♣ 36.3 % des établissements ont un Comité du médicament qui collabore à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques.

La quasi-confidentialité des protocoles sur l'antibiothérapie de première intention est préoccupante.

CONCLUSION :

L'analyse des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2001 permet de mettre en lumière un certain nombre d'insuffisances sectorielles ou générales. Elle va permettre de mieux cibler le programme d'actions, au niveau régional ou national, permettant d'améliorer très sensiblement les taux d'activités de certains types d'établissements et la diffusion de certains outils qui paraît encore très insuffisant.

A l'avenir, il pourrait être utile d'envisager la constitution d'un tableau de bord permettant de suivre la progression de ces activités, aussi bien au niveau national qu'au niveau local.

³ J. Carlet, B. Tran, V. Salomon. Surveillance et prévention. In : Actualités et Dossiers en Santé Publique : les infections liées aux soins, N°38, mars 2002, p 36-41